Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Guadeloupe

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

cerfa 12695*01

1 – Identification de la demande

☐ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne – ACTP
☐ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels – ACFP
☐ Prestation de Compensation – PC

Si vous êtes bénéficiaire de l'allocation compensatrice, vous pouvez également demander la Prestation de Compensation.
Vous garderez la possibilité de choisir entre ces 2 prestations après la décision de la Commission des droits et de l'Autonomie des personnes handicapées si vous déposez les deux demandes en même temps.
Si vous n'exprimez pas votre choix, c'est la Prestation de Compensation – PC qui vous sera attribuée.

Précisez votre demande :

☐ aide humaine dans la vie quotidienne (adulte uniquement)
☐ aide technique, matériel ou équipement particuliers (adulte uniquement)
☐ aménagement du logement (adulte ou enfant)
☐ aménagement du véhicule ou surcoût de transport (adulte ou enfant)
☐ frais spécifiques ou exceptionnels (adulte uniquement)
☐ aide animalière (adulte uniquement)
☐ Vous ne savez pas comment préciser vos besoins et vous demandez l'aide de la MDPH pour les déterminer

2 – Identification de l'adulte ou de l'enfant concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'époux(se) : _____

Prénom : _____

N° de sécurité sociale de l'assuré(e) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

3 – Situation du demandeur

▶ Percevez-vous déjà une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne – ACTP ?
☐ OUI ☐ NON

▶ Percevez-vous déjà une Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels – ACFP ?
☐ OUI ☐ NON

▶ Percevez-vous déjà une Allocation d'Education pour Enfant Handicapé – AEEH ou ex AES ?
☐ OUI ☐ NON

▶ Bénéficiez-vous d'une Majoration Tierce Personne – MTP, versée par un organisme de la Sécurité Sociale ?
☐ OUI ☐ NON

▶ Faites-vous un ou plusieurs séjours à l'étranger ?
- d'une durée totale de plus de 3 mois et de moins de 6 mois par an ☐ OUI ☐ NON
- d'une durée totale de plus de 6 mois par an ☐ OUI ☐ NON

Si oui, ce séjour à l'étranger est nécessaire pour :
☐ poursuivre vos études
☐ apprendre une langue étrangère
☐ parfaire votre formation professionnelle

▶ Si vous avez plus de 60 ans, travaillez-vous ? ☐ OUI ☐ NON

▶ Pour permettre la détermination du taux de prise en charge de votre demande de prestation, veuillez déclarer vos ressources :

Montant total de vos revenus fonciers,
de vos revenus des valeurs et capitaux mobiliers,
de vos plus-values et gains divers : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| euros

Les ressources à déclarer dans cette rubrique sont celles de l'année civile précédant celle de votre demande.
Le montant de ces revenus est celui que vous avez reporté dans votre déclaration de revenus n° 2042.
Si vous demandez la prestation de compensation pour un enfant, indiquez vos ressources ou celles de votre ménage si vous vivez en couple (vous êtes marié, vous vivez en concubinage, vous avez conclu un PACS).

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

4 – Aides Humaines (Adultes uniquement)

Identification de la demande

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ Demande de forfait pour personne déficiente visuelle
☐ Demande de forfait pour personne déficiente auditive

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Bénéficiez-vous actuellement de l'aide d'une ou plusieurs personnes à domicile ?
☐ OUI ☐ NON

	Coordonnées de la personne ou du service
Aides à domicile	
Infirmière ou aide soignante	
Membre de la famille ou de l'entourage	
Autre (garde …) A préciser	

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour exercer votre activité professionnelle, une fonction élective ou participer à des instances consultatives et organismes où siègent de droit des représentants des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées ?
☐ OUI ☐ NON

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

5 – Aides Techniques (Adultes uniquement)

Identification de la demande

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Utilisez-vous actuellement des matériels ou équipements liés à votre handicap ?
☐ OUI ☐ NON

Si oui lesquels : et depuis quand :

_____ |_|_|_|_|_|_|_|_|
_____ |_|_|_|_|_|_|_|_|
_____ |_|_|_|_|_|_|_|_|
_____ |_|_|_|_|_|_|_|_|
_____ |_|_|_|_|_|_|_|_|
_____ |_|_|_|_|_|_|_|_|
_____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

Avez-vous besoin d'autres matériels ou équipements liés à votre handicap ?
☐ OUI ☐ NON

Si oui lesquels : _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

6 – Aménagement du logement (Adultes ou Enfants)

Identification de la demande

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Si la personne handicapée est un enfant, bénéficie-t-il d'un complément d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (ex AES) ?

☐ OUI ☐ NON ☐ En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : _____ euros

Logement du demandeur (résidence principale)

Êtes-vous : ☐ propriétaire
☐ locataire – nom du propriétaire : _____
☐ hébergé(e) – nom de l'hébergeant : _____
degré de parenté de l'hébergeant : _____

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de ce logement ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui de quel type : _____

Date de réalisation : |_|_|_|_|_|_|_|_|

De quel type d'aménagements, en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant, avez-vous besoin pour ce logement ?

_____

_____

_____

_____

_____

En cas d'impossibilité d'aménagement de votre logement et si vous décidiez de déménager dans un logement accessible, auriez-vous besoin d'une participation aux frais de déménagement et d'installation ?

☐ OUI ☐ NON

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

7 – Aménagement du véhicule ou surcoût de transport (Adultes ou Enfants)

Identification de la demande

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Si le demandeur est un enfant, reçoit-il une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé – AEEH (ex AES) ? ☐ OUI ☐ NON ☐ En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : _____ euros

Véhicule

Etes-vous titulaire d'un permis de conduire ? ☐ OUI ☐ NON
Etes-vous propriétaire du véhicule à aménager ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, à qui appartient le véhicule que vous utilisez ?

_____

Conduisez-vous ce véhicule ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de véhicule ?

☐ OUI ☐ NON Si oui de quel type ?
- ☐ Accès au véhicule
- ☐ Poste de conduite
- ☐ Aménagement pour le passager
- ☐ Autre

Depuis quand ? |_|_|_|_|_|_|_|_|

Avez-vous besoin de nouveaux aménagements de ce véhicule ou d'aménagement d'un nouveau véhicule en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant ?

☐ OUI ☐ NON Si oui de quel type d'aménagement ?

_____

Surcoût de transport

Avez-vous un surcoût financier occasionné par des déplacements réguliers et fréquents y compris lors d'un départ annuel en congé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui de quels moyens de déplacement s'agit-il ?

☐ Véhicule particulier Kilométrage parcouru par an : _____
☐ Autres moyens de transport (taxi, transport spécialisé, transport collectif …)

Pour quels motifs ? ☐ Travail ☐ Se rendre en établissement médico-social ☐ Autres trajets

Selon quelle fréquence ? _____

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

8 – Frais spécifiques et exceptionnels (Adultes uniquement)

Identification de la demande

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Décrivez vos frais spécifiques ou exceptionnels **liés à votre handicap**, ne relevant pas des rubriques précédentes (exemples : assurances, entretien d'un fauteuil roulant électrique, couches, usure des vêtements, lessives …)

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

9 – Aide animalière (Adultes uniquement)

Identification de la demande

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Avez-vous un chien guide ou un chien d'assistance ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, quelle est l'association qui l'a éduqué ?

_____

_____

Numéro de labellisation : _____

A quelle date ce chien est-il arrivé chez vous ? |_|_|_|_|_|_|

Si non, avez-vous déjà pris contact avec un organisme qui met à disposition des animaux éduqués ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, quelle est la date prévisible de mise à disposition ? |_|_|_|_|_|_|

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

10 – Procédure simplifiée

☐ Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée
☐ Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

11 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : _____ Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature ☐ de la personne concernée *ou* ☐ de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations *(Article L 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles)*.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.
Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

12 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

▶ **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

☐ Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois

☐ **Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen* :**

Photocopie lisible : ☐ de la carte nationale d'identité
☐ *ou* du livret de famille
☐ *ou* du passeport
☐ *ou* un extrait d'acte de naissance

☐ **Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen* :**

Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité

☐ **Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**

Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice

☐ Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer…)

▶ **Pièces nécessaires à l'instruction (spécifiques à cette demande) :**

☐ Déclaration de ressources de l'année antérieure

☐ Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)

☐ Justificatif de fonction élective (le cas échéant)

☐ Attestation de l'attribution d'une Majoration Tierce Personne – MTP : pension d'invalidité, vieillesse et rente accident du travail)

☐ Relevé d'identité bancaire ou postal – RIB RIP

*** Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.**